

Sociaal en Cultureel Planbureau

Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014

Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014

Lisa Putman
Debbie Verbeek-Oudijk
Mirjam de Klerk
Evelien Eggink

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, april 2016

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het SCP verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het SCP te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2016
SCP-publicatie 2016-7
Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Figuren: bureau Stijlzorg, Utrecht
Omslagontwerp: bureau Stijlzorg, Utrecht
Omslagillustratie: Sabine Joosten | Hollandse Hoogte
ISBN 978 90 377 0785 4
NUR 740

Sociaal en Cultureel Planbureau
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
(070) 340 70 00
www.scp.nl
info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord

Om zicht te krijgen op (de veranderingen in) het ontvangen van zorg en ondersteuning in Nederland brengt het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) met het Onderzoek Zorggebruik (ozg) gegevens bijeen over de hulp die mensen om gezondheidsredenen ontvangen. Deze dataset verzamelt het scp samen met het Centraal Bureau voor de Statistiek (cbs) op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws). Met het ozg beschikt het scp over een unieke dataverzameling. Al geruime tijd ontbreekt het immers aan een landelijk overzicht waarmee duidelijk wordt wie betaalde en/of onbetaalde zorg ontvangen. Het laatste Aanvullend Voorzieningen Onderzoek (avo), waarmee dit overzicht ook kon worden geboden, dateert van 2007. De gegevens die met het ozg worden verzameld zijn tevens bijzonder omdat we hiermee kunnen aangeven met welke gezondheidsbeperkingen de groep ontvangers van zorg en ondersteuning kampt. Uiteindelijk wordt informatie verzameld over de periode 2014-2017. We hopen met de dataverzameling een bijdrage te leveren aan de onderbouwing van keuzes in de organisatie van zorg en ondersteuning. De onderhavige publicatie brengt voor het eerste jaar van de dataverzameling (2014) in kaart wie de verschillende typen zorg en ondersteuning ontvangen.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014

Mensen kunnen vanwege problemen met hun gezondheid voor korte of langere tijd zorg en ondersteuning nodig hebben bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen. In deze publicatie geven we een overzicht van de door zelfstandig wonende mensen ontvangen zorg en ondersteuning in 2014. Het gaat dan om hulp bij het huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding. Medische hulp valt dus niet hieronder.
Verder bekijken we van wie hulpbehoevenden zorg en ondersteuning hebben gekregen.
Is dat van iemand uit het sociale netwerk of een professional die uit publieke middelen of eigen middelen van de hulpontvanger wordt betaald?

Uit eerdere studies weten we dat een aantal factoren van invloed is op het ontvangen van zorg en ondersteuning (Andersen en Newman 1973; Babitsch et al. 2012; Eggink et al. 2012; Plaisier en De Klerk 2015). Of mensen gezondheidsbeperkingen hebben, speelt een heel belangrijke rol. Ook de leeftijd is van belang: ouderen ontvangen vaker zorg en ondersteuning dan jongeren. Verder is de huishoudsamenstelling (woont iemand samen of alleen) en de hoogte van het inkomen van invloed. Voor al deze kenmerken van zelfstandig wonende Nederlanders hebben wij in deze publicatie op een rij gezet hoe zij zich verhouden tot het ontvangen van zorg en ondersteuning.

We bieden een overzicht aan de hand van het Onderzoek Zorggebruik (ozg). Deze dataset bevat recente gegevens over de ontvangen informele en professionele zorg en ondersteuning, de gezondheidssituatie en het sociale netwerk van zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar of ouder (kader 1).

Kader 1 Onderzoek Zorggebruik (ozg)

Om inzicht te krijgen in (veranderingen in) het gebruik van zorg en ondersteuning verzamelt het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) met het Onderzoek Zorggebruik (ozg) gegevens over onder meer gezondheidsbeperkingen en het gebruik van zorg en ondersteuning. Dit doet het scp in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (cbs). Het ozg is gestart in april 2014 en zal in het voorjaar van 2017 worden afgerond. Tussen 2014 en 2017 wordt voor circa 7000 zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar of ouder geregistreerd of zij binnen een periode van een jaar gebruik hebben gemaakt van publiek gefinancierde, particuliere of informele zorg en ondersteuning. Ook het gebruik van hulpmiddelen en de vaardigheden die nodig zijn om zorg en ondersteuning aan te vragen komen aan bod. Daarnaast is uitgebreid gevraagd naar het sociale netwerk van de respondenten en hun gezondheidssituatie. In 2014 hebben bijna 2200 respondenten de ozg-vragenlijst ingevuld.
Voor mensen met een ernstige beperking is het niet altijd mogelijk om mee te doen aan een enquête. De gegevens in deze publicatie vormen daardoor wellicht eerder een onderschatting dan een overschatting van de ontvangen zorg en ondersteuning.

Wat verstaan we onder zorg en ondersteuning?

Tussen ondersteuning verstrekt op basis van de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) en zorg verstrekt op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz) bestaat voor beleidsmedewerkers en mensen die werkzaam zijn in de zorg en ondersteuning een duidelijk onderscheid. Voor burgers is dat onderscheid vaak minder duidelijk: zij willen als ze een hulpbehoefte hebben vooral geholpen worden. Om die reden, en omwille van de leesbaarheid, gebruiken we in deze publicatie de begrippen 'zorg en ondersteuning' en 'hulp' door elkaar.

Mensen met een hulpbehoefte kunnen van verschillende typen hulpverleners zorg en/of ondersteuning ontvangen. Dat kan van iemand uit het sociale netwerk zijn. Daartoe behoren de partner, (volwassen) kinderen, buren, vrienden, ouders, broers of zussen. Zij worden ook wel mantelzorgers genoemd en de hulp die zij geven heet informele hulp. De zorg en ondersteuning van vrijwilligers wordt eveneens tot de informele hulp gerekend.
Naar beide soorten informele hulp –door mantelzorgers en door vrijwilligers – wordt in het OZG gevraagd. Mensen blijken echter zelden aan te geven dat zij hulp van een vrijwilliger krijgen. Dit komt waarschijnlijk doordat in de enquête vooral is gevraagd naar hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding, maar niet naar bijvoorbeeld vervoer, klusjes of gezelschap, taken waarbij vrijwilligers vaak hulp bieden (De Klerk et al. 2015). Als hier wordt gesproken over informele hulp, dan wordt dus in de eerste plaats mantelzorg bedoeld. Naast informele hulp kunnen hulpbehoevenden zorg en ondersteuning krijgen van professionele hulpverleners die bekostigd worden door de overheid – de zogenoemde publiek gefinancierde hulp – of uit de eigen middelen van de hulpbehoevende, de particuliere hulp.

De typen hulp waarnaar wij in deze publicatie kijken, zijn zoals gezegd hulp bij het huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Tot hulp in het huishouden rekenen we alle bezigheden die nodig zijn om het huis schoon te maken en te houden, zoals stoffen, stofzuigen, ramen lappen, afwassen of wc schoonmaken. Voor alle duidelijkheid: het gaat hier om hulp die mensen nodig hebben, omdat zij dat zelf vanwege gezondheidsbeperkingen niet meer kunnen, niet omdat zij daar geen zin in of tijd voor hebben.[1] Onder persoonlijke verzorging verstaan we ondersteuning bij bijvoorbeeld douchen of aankleden. Tot verpleging rekenen we onder andere wonden verzorgen en injecties geven. Met begeleiding doelen we op ondersteuning bij het plannen en aanbrengen van structuur, zoals dagbesteding, dagopvang, de planning en organisatie van het huishouden of het leren omgaan met een beperking.

1 In het OZG is expliciet aangegeven dat de hulp in de huishouding (de schoonma(a)k(st)er) in bijvoorbeeld een huishouden waar beide partners werken niet tot zorg gerekend wordt en dus ook niet gerapporteerd dient te worden.

Een zesde van de Nederlandse bevolking krijgt zorg en ondersteuning

Van de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder ontvangt in 2014 bijna 17% enige vorm van zorg en ondersteuning (figuur 1).[2] Dat zijn naar schatting circa 2,2 miljoen personen. Het kan gaan om hulp in het huishouden, maar ook om persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of een combinatie hiervan. Het kan worden gegeven door een professionele hulpverlener - betaald met publiek of eigen geld (particuliere hulp) – of door een naaste (informele hulp).

Nederlanders krijgen vaker informele hulp dan particuliere en publiek gefinancierde hulp

Een groot deel van de totale ontvangen zorg en ondersteuning in 2014 betreft hulp van iemand uit het sociale netwerk (figuur 1; zie ook De Klerk et al 2015). Ruim 10% van de volwassen Nederlandse bevolking ontvangt dergelijke hulp. Hieronder valt ook de zogenoemde gebruikelijke zorg. Dat is de hulp waarvan verwacht wordt dat huisgenoten die aan elkaar geven. Dus als een van de partners van een (on)gehuwd stel zorg of ondersteuning nodig heeft, dient de andere partner daarbij te helpen (denk aan hulp bij het eten, drinken, wassen en aankleden). Voor driekwart van de mensen die informele hulp ontvangt, is dat de enige vorm van zorg en ondersteuning die zij krijgen (niet in de figuur).

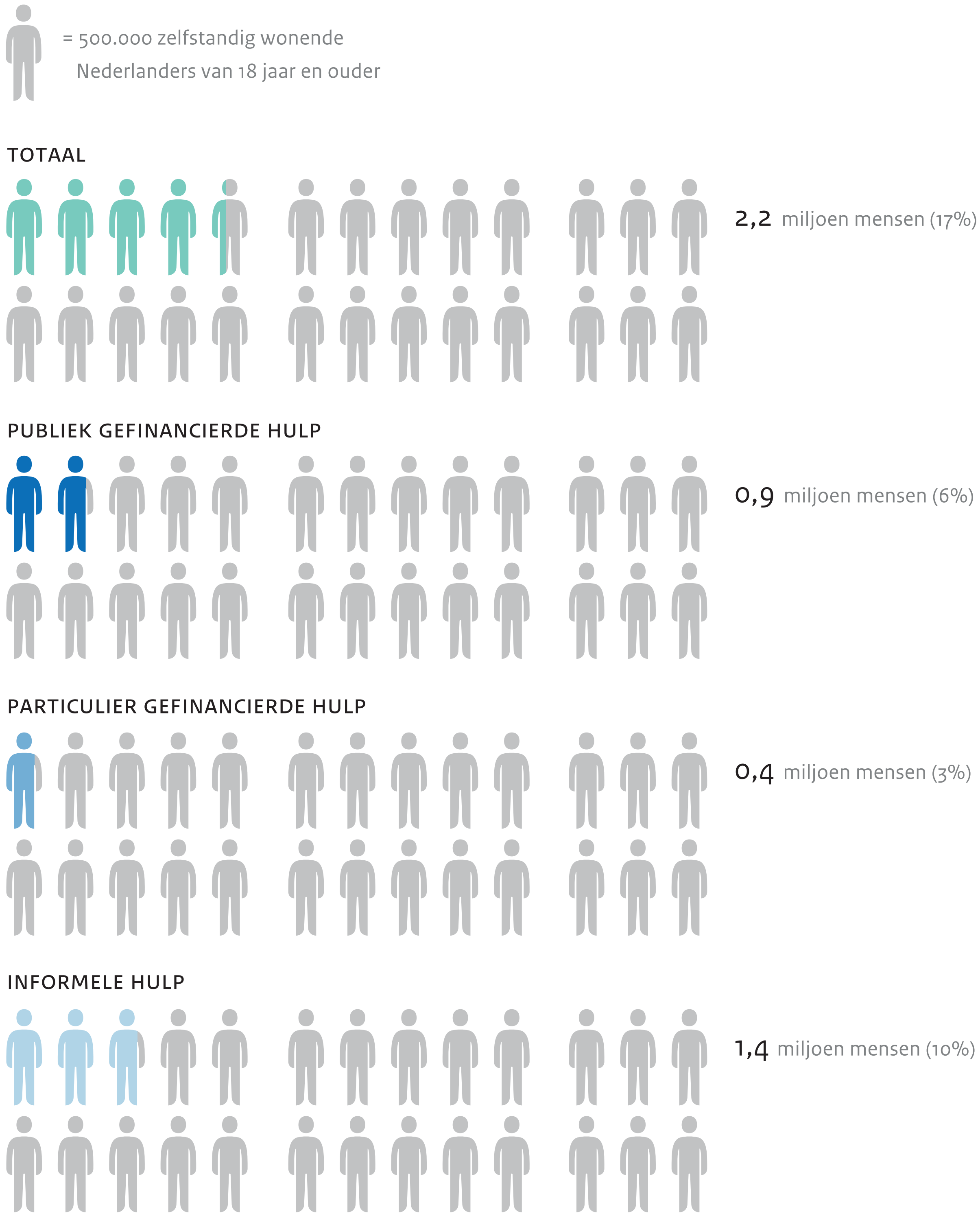
Van publiek gefinancierde hulp (ruim 6%)[3] en particuliere hulp (ca. 3%) is in 2014 beduidend minder gebruikgemaakt dan van informele hulp. Het grote aandeel van informele hulp in vergelijking met het aandeel betaalde hulp vinden we ook terug in andere studies (bv. Verbeek-Oudijk et al. 2014).

2 De meest recente cijfers – voor het beschikbaar komen van de informatie uit het OZG – stammen uit 2007. Deze gegevens laten zich om een aantal redenen lastig vergelijken met de hier gerapporteerde cijfers uit het OZG. Allereerst heeft het OZG betrekking op 18-plussers en betreffen de rapportages over 2007 alleen 30-plussers. In 2007 was er nauwelijks informatie beschikbaar over het gebruik van begeleiding. Met het OZG is deze informatie wel voor handen. Verder wordt in het OZG nadrukkelijker gevraagd naar onbetaalde, informele zorg en ondersteuning van het sociale netwerk (met name de hulp die partners bieden) dan in het eerdere onderzoek.

3 Mensen die een persoonsgebonden budget (pgb) ontvangen kunnen daarmee professionele hulp inschakelen, maar kunnen de zorg en ondersteuning ook door iemand uit de sociale omgeving laten verrichten. Aangezien pgb's publieke middelen zijn, hebben we de zorg en ondersteuning die via deze regeling wordt gekregen ondergebracht bij de publiek gefinancierde hulp.

Figuur 1

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulpverlener, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014[a,b]



a De aantallen en percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke hulpverleners tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type hulpverleners kunnen krijgen.

b Nederland telt ongeveer 13 miljoen zelfstandig wonende personen van 18 jaar en ouder.

Bron: SCP/CBS (OZG'14)

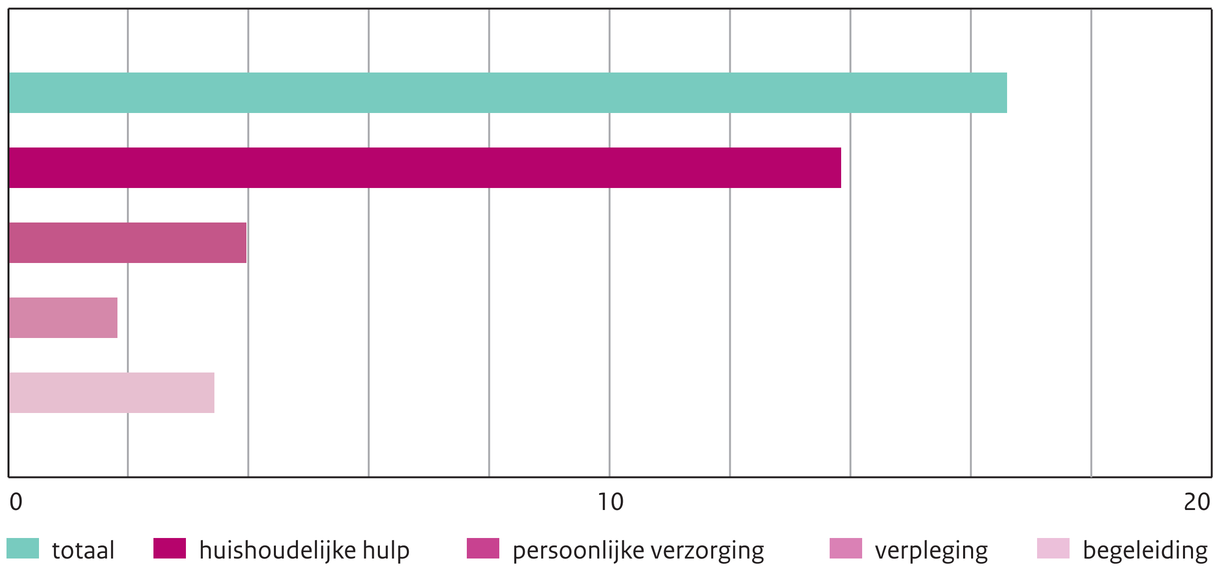
De ontvangen hulp is vooral ondersteuning bij huishoudelijke taken

De hulp die mensen nodig hebben varieert. In deze publicatie bekijken we hulp bij het huishouden, de persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding. Natuurlijk bieden partners, kinderen, buren, vrienden en andere familieleden hulpbehoevenden ook op andere terreinen hulp. Zij regelen bijvoorbeeld het vervoer naar ziekenhuisbezoeken, gaan mee naar (controle)afspraken, bieden een luisterend oor voor de problemen waarmee hulpbehoevenden zitten, zorgen voor afleiding, enzovoort. Het voerde te ver om in het OZG ook naar al deze soorten hulp en ondersteuning te vragen. Zij komen daarom niet in deze publicatie voor.

Als we kijken naar het type zorg en ondersteuning dat Nederlanders krijgen, zien we dat het vooral om hulp in het huishouden gaat (ca. 14%; figuur 2). Dat kan publiek gefinancierde hulp zijn, maar ook particuliere of informele hulp. 4% van de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder ontvangt hulp bij persoonlijke verzorging, ruim 3% krijgt begeleiding en ongeveer 2% ontvangt verpleging.

Figuur 2

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulp, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014 (in procenten, n = 2185)[a]



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar afzonderlijke typen hulp tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen meerdere typen zorg en ondersteuning kunnen ontvangen.

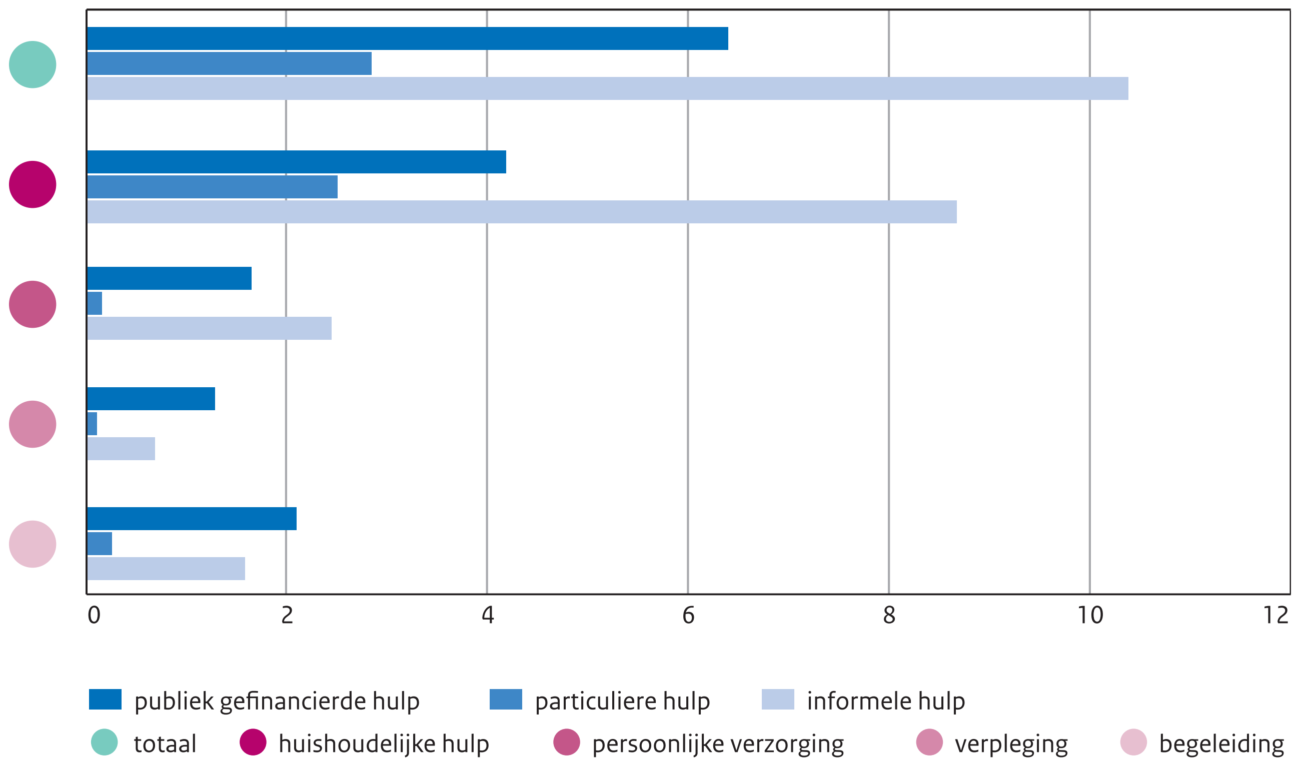
Bron: SCP/CBS (OZG'14)

Wanneer we de informatie over het type hulpverlener en het type hulp combineren dan blijkt dat huishoudelijke hulp vaak door informele hulpverleners wordt geboden (figuur 3). Bijna 9% van de Nederlandse bevolking ontvangt huishoudelijke hulp van iemand uit het sociale netwerk. Ook persoonlijke verzorging wordt relatief vaak door een mantelzorger gegeven. Verpleging en begeleiding, de zwaardere en meer gespecialiseerde hulp, is veelal

publiek gefinancierde hulp. Vaak krijgen Nederlanders bij huishoudelijke taken ondersteuning van een particuliere hulp. Voor de andere vormen van zorg en ondersteuning geldt dat nauwelijks omdat het vaak gaat om gespecialiseerde hulp. Die is duur en voor een grote groep mensen dus niet langdurig uit eigen middelen te bekostigen. Bovendien werd de gespecialiseerde hulp in 2014 veelal via een volksverzekering geboden, waardoor er voor hulpbehoevenden niet per se een reden is om deze zelf te bekostigen.

Figuur 3

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulp en type hulpverlener, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014 (in procenten, n = 2185)[a]



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar type hulpverlener en type hulp tellen op tot meer dan de totale ontvangers van zorg en ondersteuning naar hulpverlener, doordat mensen meerdere typen hulp van een bepaald type hulpverlener kunnen krijgen.

Bron: SCP/CBS (OZG'14)

Een derde van de Nederlanders heeft een gezondheidsbeperking

Gezondheidsproblemen zijn een veelvoorkomende reden voor zorg en ondersteuning. Wij onderscheiden drie soorten: lichamelijke beperkingen, psychische klachten en geheugenklachten.[4] Over andere gezondheidsbeperkingen, zoals verstandelijke beperkingen of

4 Voor mensen met een (ernstige) beperking is het niet altijd mogelijk om mee te doen aan een enquête. De gegevens in deze publicatie vormen daardoor wellicht eerder een onderschatting dan een overschatting van de ontvangen zorg en ondersteuning.

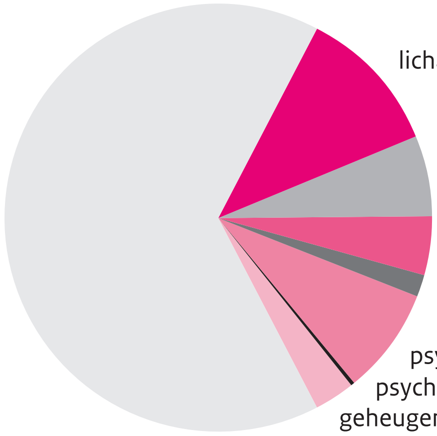
psychosociale problemen, heeft het OZG geen informatie verzameld. Of mensen kampen met lichamelijke beperkingen beoordelen we door hen een scala aan algemene dagelijkse handelingen voor te leggen en te vragen of dat lukt zonder moeite, met (grote) moeite of helemaal niet gaat. Het betreft onder andere de volgende handelingen: zichzelf wassen, trap lopen, het bed verschonen, de ramen lappen en de dagelijkse of zware boodschappen. Of mensen psychische klachten hebben, inventariseren we door hen te vragen of zij zich in de vier weken voorafgaand aan het invullen van de enquête zenuwachtig, uitgeput, somber, niet kalm en/of niet gelukkig voelden. Met de antwoorden die respondenten op deze vragen geven, creëren we een index, de Mental Health Inventory (MHI) 5-index. Hiermee volgen we de internationale standaard om psychische klachten te achterhalen. Voor de volledigheid, het gaat hier om een screeningsinstrument en niet om een diagnostisch instrument. De MHI 5-index kent een minimale score van '0' en een maximale score van '100'. De mensen met een indexscore van minder dan 60 worden beschouwd als degenen met psychische klachten. [5]
Geheugenproblemen komen veelal op latere leeftijd voor (zie o.a. Woodford en George 2007). In het OZG is daarom alleen aan 65-plussers gevraagd of zij dergelijke klachten hebben. Met bovenstaande vragen over lichamelijke beperkingen, psychische en geheugenklachten achterhalen we of er objectief gezien sprake is van een gezondheidsprobleem.[6]

Het merendeel van de Nederlanders heeft geen van deze drie typen beperkingen (ongeveer twee derde van de bevolking; figuur 4). Als daar wel sprake van is, zijn het vooral lichamelijke problemen. Iets meer dan een op de negen zelfstandig wonende 18-plussers heeft alleen fysieke beperkingen. Ongeveer 6% heeft naast lichamelijke beperkingen ook psychische klachten en ruim 4% heeft naast fysieke klachten geheugenproblemen. Tot slot zijn er mensen die met alle drie de beperkingen (fysieke, psychische en geheugenklachten) kampen: bijna 2%. In totaal heeft bijna een kwart van de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking fysieke beperkingen. Voor ongeveer 16% (= 8% + 6,1% + 0,2% + 1,8%) van de Nederlanders zijn er aanwijzingen dat zij psychische klachten hebben en ruim 9% (= 3% + 4,3% + 0,2% + 1,8%) van de Nederlanders heeft geheugenproblemen (zie figuur 4). Omdat lichamelijke beperkingen veel voorkomen en mensen met andersoortige beperkingen ook vaak lichamelijke klachten hebben, bespreken we in de volgende paragraaf alleen voor mensen met lichamelijke beperkingen of zij zorg en ondersteuning krijgen.

5 Voor de precieze berekening van de index, zie www.cbs.nl onder methoden, geestelijke gezondheid en MHI5-index.

6 Als er objectief gezien sprake van een gezondheidsprobleem is, hoeven mensen hun gezondheidsbeperking niet als een probleem te ervaren. Kortom, subjectief gezien hoeft er geen sprake van een gezondheids*probleem* te zijn.

Figuur 4
Verschillende typen beperkingen, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014 (in procenten, n = 2165)



Bron: SCP/CBS (OZG'14)

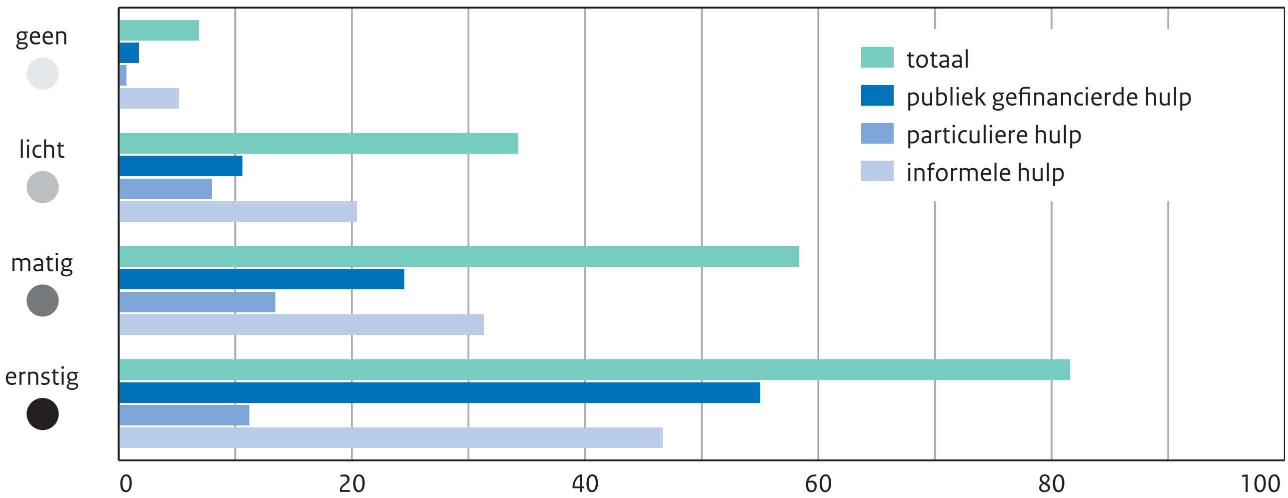
Vooral mensen met ernstige lichamelijke beperkingen ontvangen zorg en ondersteuning

Mensen met lichamelijke beperkingen ontvangen, uiteraard, vaker zorg en ondersteuning dan mensen die dat niet hebben (figuur 5a). Maar niet iedereen met een beperking ontvangt even vaak hulp. Daarbij speelt de ernst van de lichamelijke beperking een rol. We onderscheiden drie categorieën: licht, matig en ernstig. Mensen die een lichte lichamelijke beperking hebben, antwoorden op de meeste vragen over het uitvoeren van dagelijkse handelingen dat zij daar enige moeite mee hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om trap lopen, het bed verschonen of het doen van de dagelijkse boodschappen. Degenen met een matige lichamelijke beperking hebben met sommige handelingen grote moeite. Denk aan de zware huishoudelijke taken, zoals het bed verschonen en zware boodschappen tillen. Met andere activiteiten hebben mensen met een matige lichamelijke beperking enige moeite, bijvoorbeeld het klaar maken van een warme maaltijd of zich aan- en uitkleden. De mensen die een ernstige lichamelijk beperking hebben, geven aan met alle dagelijkse handelingen grote moeite te hebben of die zelfs helemaal niet te kunnen uitvoeren. Met name mensen met een ernstige lichamelijke beperking ontvangen vaak zorg en ondersteuning (bijna 82%). Een meerderheid van de 18-plussers met een matige lichamelijke beperking krijgt in 2014 eveneens hulp (ruim 58%). Bij mensen met een lichte lichamelijke beperking gaat het om ruim 34%. Het aandeel van de mensen met matige en ernstige fysieke beperkingen dat hulp krijgt is hoog. Toch is het totale aantal mensen dat zorg en ondersteuning krijgt niet enorm, omdat slechts een op de tien Nederlanders een matige of ernstige lichamelijke beperking heeft (zie figuur 5).

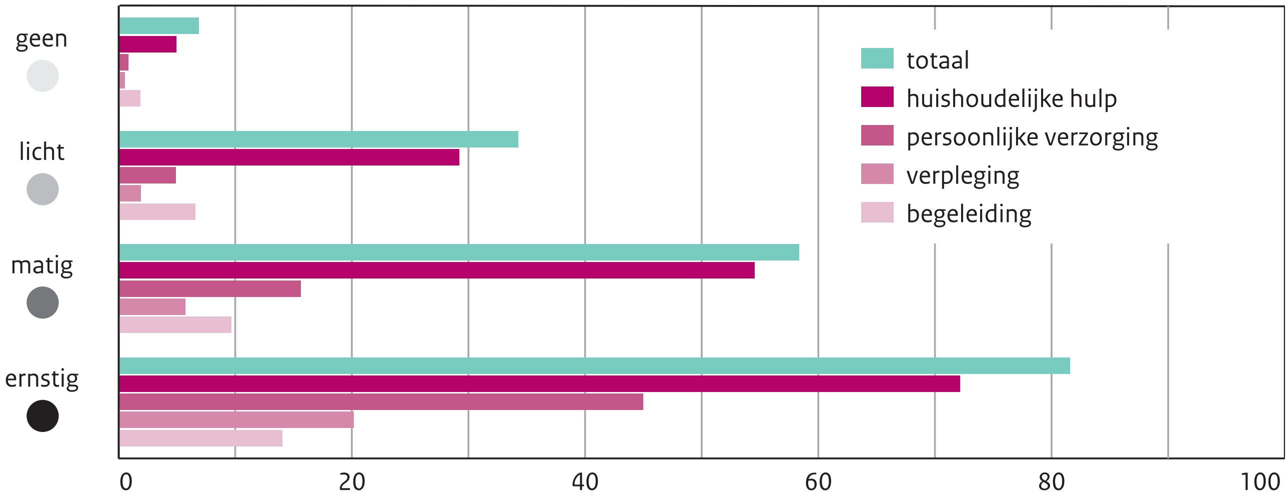
Figuur 5

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulpverlener en ernst van lichamelijke beperkingen, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014 (in procenten, n = 2175)

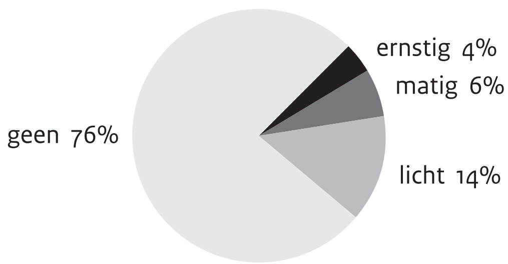
5.a Naar type hulpverlener[a]



5.b Naar type hulp[b]



Aandeel van de zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, naar ernst van lichamelijke beperkingen



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke hulpverleners tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type hulpverleners kunnen krijgen.

b De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar afzonderlijke typen hulp tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen meerdere typen zorg en ondersteuning kunnen ontvangen.

Bron: SCP/CBS (OZG'14)

Mensen met een lichte of matige lichamelijke beperking ontvangen vaker zorg en ondersteuning van hun naasten dan van een publiek gefinancierde hulpverlener. Mensen met een ernstige lichamelijke beperking gebruiken juist vaker publiek gefinancierde zorg en ondersteuning (55%) dan informele hulp, hoewel velen van hen ook die ontvangen (bijna 47%).

Mensen die geen lichamelijke beperking hebben, ontvangen eveneens zorg en ondersteuning, zoals uit figuur 5a en 5b blijkt. Dat lijkt vreemd, maar hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Zo kunnen zij kampen met psychische beperkingen (bijna 11%), geheugenklachten (ruim 4%) of een combinatie daarvan, waardoor zij hulp nodig hebben. Tevens is het mogelijk dat zij lichamelijke beperkingen hebben gehad. In de enquête is gevraagd of mensen op het moment dat ze deze invulden beperkingen hadden, maar de vragen waren gericht op de ontvangen hulp in de voorgaande twaalf maanden. Kortom, mensen kunnen wel beperkingen hebben gehad toen zij zorg en ondersteuning ontvingen, maar op het moment van invullen van de vragenlijst was daar geen sprake meer van. 6% van de mensen die op moment van enquêteren geen beperking had, had dat in de twaalf maanden daaraan voorafgaand wel. Tot slot is het mogelijk dat mensen beperkingen hebben die niet in de vragenlijst zijn opgenomen.

Mensen met lichamelijke beperkingen (licht, matig en ernstig) ontvangen het meest hulp bij huishoudelijke taken (figuur 5b). Mensen met een ernstige lichamelijke beperking krijgen daarnaast relatief vaak andere typen hulp: 45% ontvangt persoonlijke verzorging en ongeveer 20% verpleging.

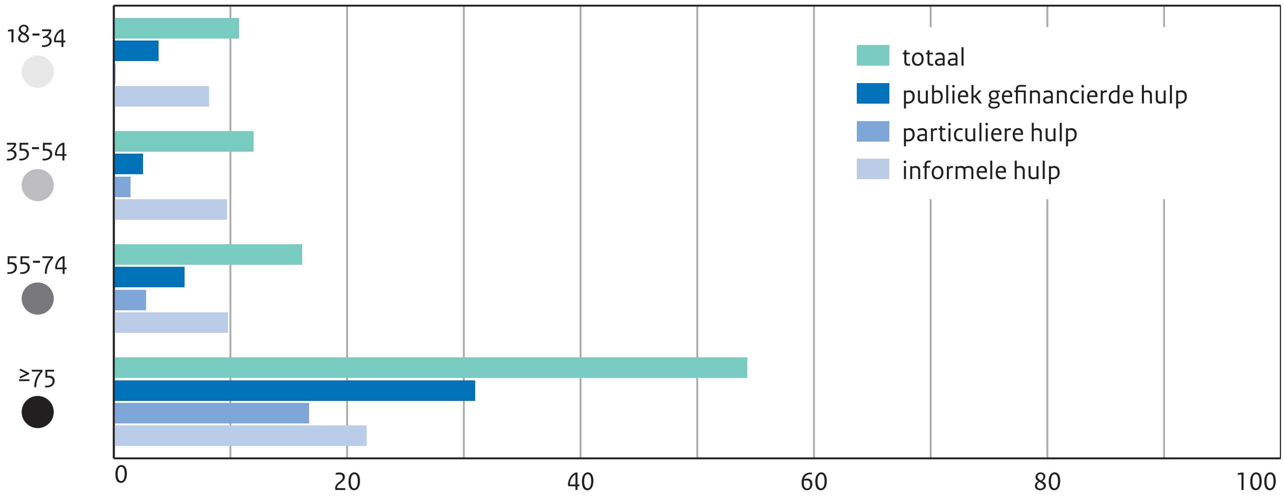
75-plussers ontvangen vaker zorg en ondersteuning dan 75-minners

'Ouderdom komt met gebreken' zegt het spreekwoord. Mensen op leeftijd hebben vaker te maken met een gezondheidsbeperking dan jongere mensen (Verbrugge en Jette 1994) en zullen daarom vaker hulp ontvangen. Onder de Nederlandse bevolking is ongeveer een op de elf zelfstandig wonende volwassenen 75 jaar of ouder. Ongeveer 54% van hen krijgt een vorm van zorg en ondersteuning (figuur 6a). In veel gevallen (31%) ontvangen 75-plussers publiek gefinancierde hulp. Toch krijgen zij ook vrij vaak (bijna 22%) hulp van mantelzorgers. Mensen jonger dan 75 jaar die zorg en ondersteuning ontvangen, krijgen vooral informele hulp.

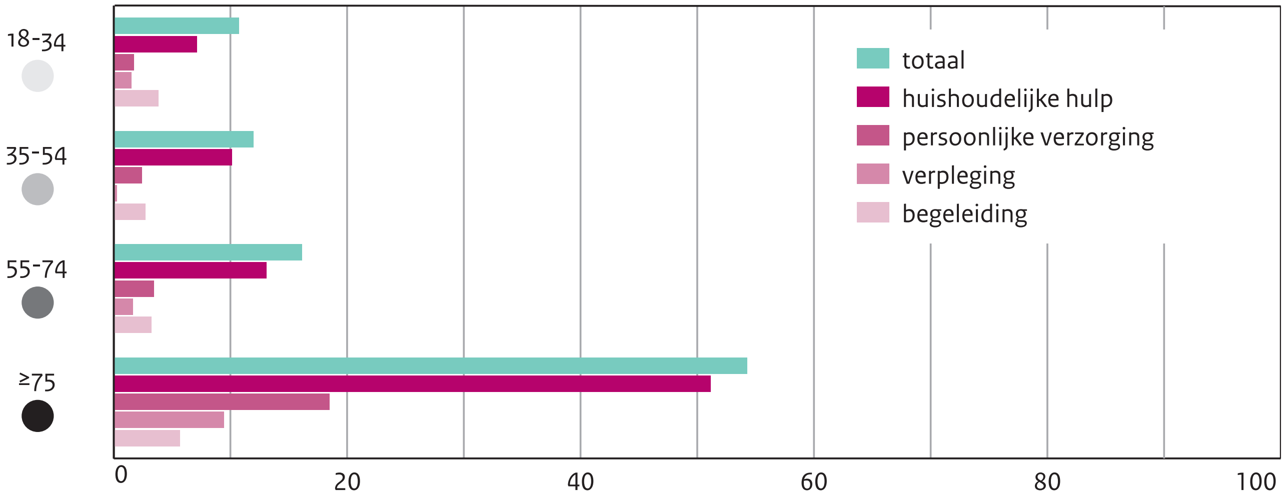
Figuur 6

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulpverlener, type hulp en leeftijd, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014 (in procenten, n = 2185)

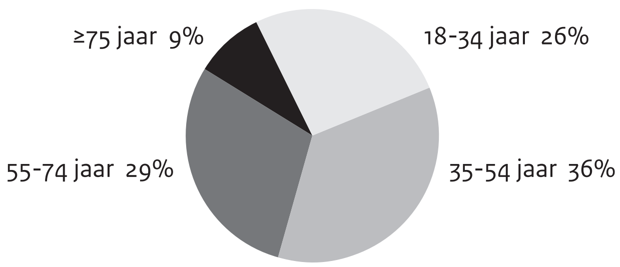
6.a Naar type hulpverlener[a]



6.b Naar type hulp[b]



Aandeel van de zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, naar leeftijd



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke hulpverleners tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type hulpverleners kunnen krijgen.

b De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar afzonderlijke typen hulp tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen meerdere typen zorg en ondersteuning kunnen ontvangen.

Bron: SCP/CBS (OZG'14)

De zorg en ondersteuning die 75-plussers ontvangen betreft vooral huishoudelijke hulp (figuur 6b). Meer dan 50% van de 75-plussers krijgt in 2014 dit type hulp. De andere typen hulp – persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding – ontvangen zij duidelijk minder vaak. Ook degenen die jonger dan 75 jaar zijn, ontvangen vooral hulp bij het huishouden.

Eenpersoonshuishoudens ontvangen relatief vaak zorg en ondersteuning

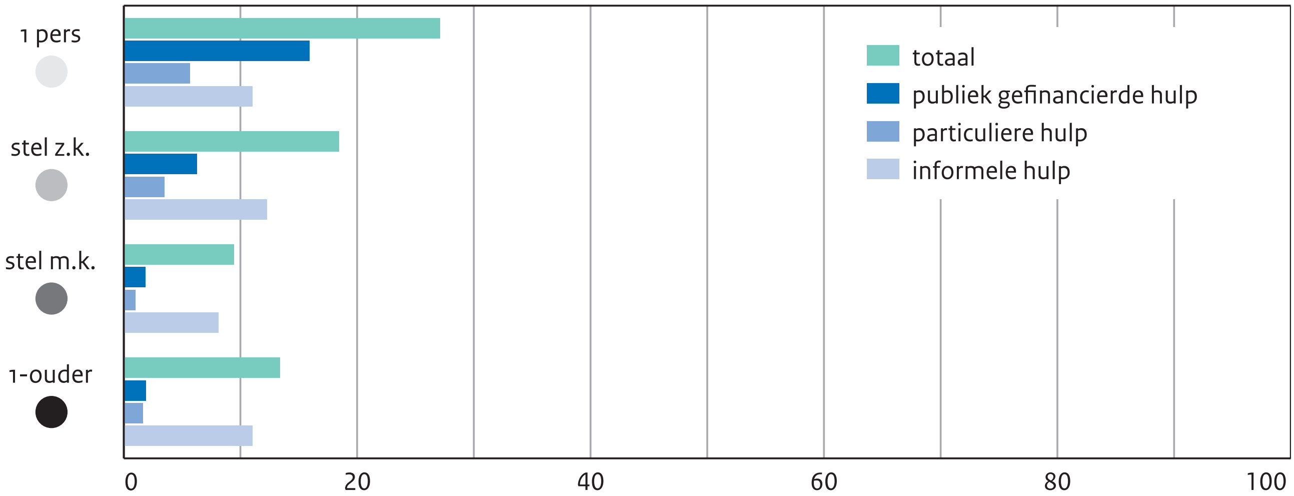
Van alle verschillende huishoudvormen ontvangen mensen die alleen wonen het vaakst zorg en ondersteuning. In Nederland leeft ruim een op de vijf volwassenen in een eenpersoonshuishouden. Ongeveer 27% van hen krijgt in 2014 hulp (figuur 7a). De zorg en ondersteuning die publiek is bekostigd neemt het grootste aandeel in; circa 16% van de eenpersoonshuishoudens krijgt deze hulp. Voor het hogere gebruik van (publiek gefinancierde) zorg en ondersteuning onder eenpersoonshuishoudens is een logische verklaring te geven. In dergelijke huishoudens is niemand anders aanwezig die hulp zou kunnen verlenen wanneer dit nodig is. Onbetaalde hulp wordt vaak door de partner gegeven en in eenpersoonshuishouden is deze partner er niet (meer). (On)gehuwde stellen zonder kinderen of met kinderen die al uit huis zijn (een derde van de Nederlandse bevolking), ontvangen ook relatief vaak hulp. Voor de stellen zonder (inwonende) kinderen neemt de onbetaalde zorg en ondersteuning een belangrijke plaats in de hulpverlening in: ruim 12% van hen ontvangt via het sociale netwerk zorg en ondersteuning. Daar staat tegenover dat ruim 6% van hen publiek gefinancierde zorg en ondersteuning krijgt. Het zijn vooral de gezinnen met thuiswonende kinderen (39% van de Nederlandse bevolking) die relatief weinig zorg en ondersteuning ontvangen. Hun jongere leeftijd speelt daarbij naar alle waarschijnlijkheid een rol. Als gezinnen met kinderen wel hulp krijgen dan is dat bijna altijd informele hulp.

De eenpersoonshuishoudens die in 2014 zorg en ondersteuning ontvangen, krijgen vooral huishoudelijk hulp (figuur 7b; ca. 25% van deze huishoudens ontvangt dit type hulp). Ook meerpersoonshuishoudens die zorg en ondersteuning ontvangen, krijgen voornamelijk hulp in de huishouding. Van de andere typen hulp – persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding – zijn eenpersoonshuishoudens in verhouding tot hun aantal de grootste groep ontvangers.

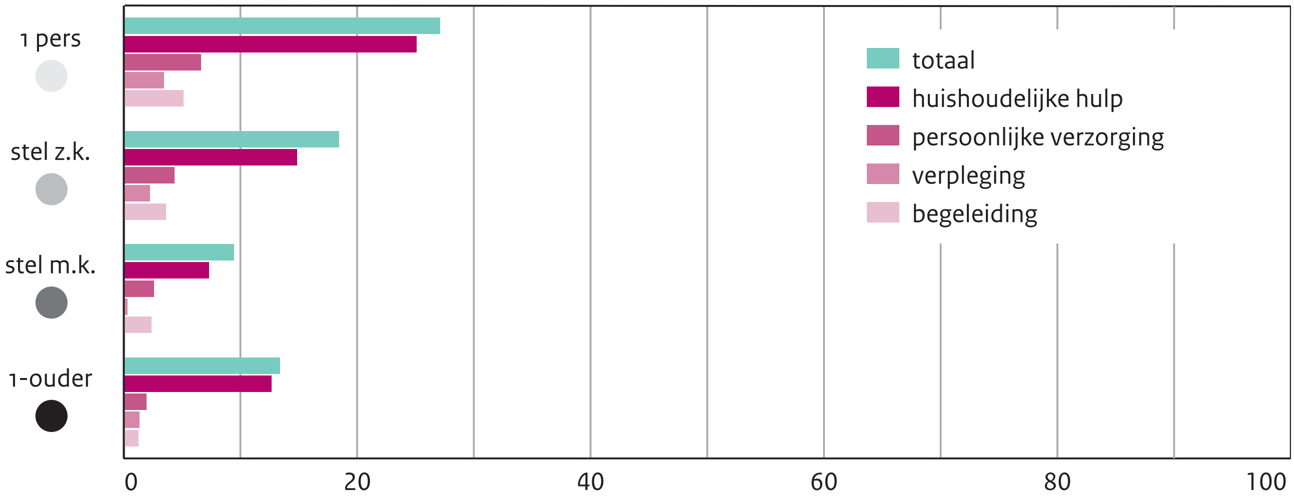
Figuur 7

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulpverlener en huishoudvorm, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014 (in procenten, n = 2166)

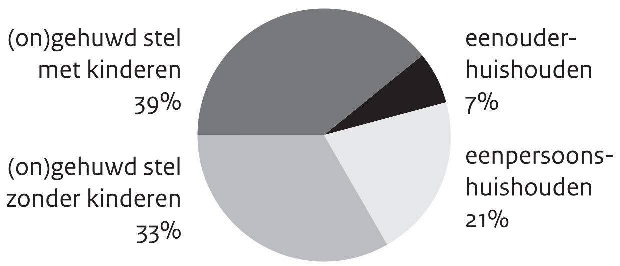
7.a Naar type hulpverlener[a]



7.b Naar type hulp[b]



Aandeel van de zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, naar huishoudvorm



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke hulpverleners tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type hulpverleners kunnen krijgen.

b De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar afzonderlijke typen hulp tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen meerdere typen zorg en ondersteuning kunnen ontvangen.

Bron: SCP/CBS (OZG'14)

Vooral mensen met een laag inkomen ontvangen zorg en ondersteuning

Mensen die over voldoende financiële middelen beschikken, kunnen besluiten om een particuliere hulpverlener in te schakelen die zij uit eigen middelen betalen. Deze afweging maken ze in het algemeen vooral bij hulp in het huishouden (zoals we in figuur 3 hebben gezien bieden particuliere hulpverleners vooral dit type hulp). Mensen met een hoog inkomen en gezondheidsbeperkingen overwegen het inschakelen van een particuliere hulp, omdat zij relatief vaak een hoge eigen bijdrage voor publiek gefinancierde hulp betalen. Hierdoor kan het voor hen financieel gunstiger zijn om particuliere hulp te regelen (Plaisier en De Klerk 2015).

Om in te schatten hoe het gesteld is met de koopkracht van de volwassen en zelfstandig wonende Nederlandse bevolking kijken we naar het jaarlijks besteedbaar huishoudinkomen zoals dat door het CBS is verzameld.[7] Maar huishoudinkomens zijn niet zonder meer met elkaar te vergelijken. Partners delen kosten die een alleenstaande alleen moet opbrengen. Daarom heeft het CBS het jaarlijks besteedbare huishoudinkomen gestandaardiseerd waardoor rekening wordt gehouden met de verschillen in grootte en samenstelling van huishoudens in Nederland. We presenteren de gestandaardiseerde jaarlijkse huishoudinkomens in kwartielen. Dat leert ons dat in het eerste kwartiel men een gestandaardiseerd jaarlijks besteedbaar inkomen heeft van minder dan 17.450 euro. In het tweede kwartiel bevindt het inkomen zich tussen 17.450 euro en 22.640 euro. Voor het derde kwartiel zijn de grenzen meer dan 22.640 euro en minder dan 30.375 euro. In het vierde kwartiel, tot slot, heeft men jaarlijks 30.375 euro of meer te besteden.

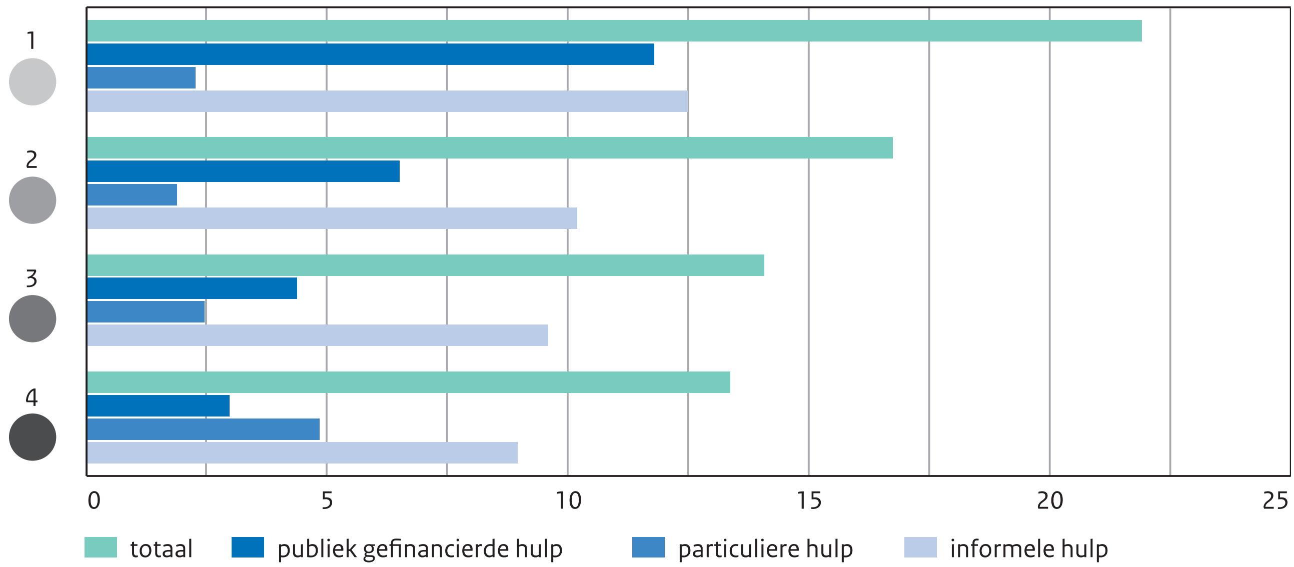
De zelfstandig wonende 18-plussers met een inkomen in het eerste kwartiel (dus de laagste inkomens) ontvangen in 2014 het vaakst zorg en ondersteuning (figuur 8). De publiek gefinancierde en informele hulp hebben daarbij vrijwel gelijke aandelen. Ongeveer een op de acht mensen met een inkomen in de laagste inkomensgroep ontvangt publiek gefinancierde hulp. Ongeveer eenzelfde aantal krijgt zorg en ondersteuning van naasten. Van particuliere hulp maken mensen met een inkomen in het laagste kwartiel nauwelijks gebruik (ruim 2%). Mensen met hogere inkomens ontvangen minder zorg en ondersteuning dan mensen in de laagste inkomensgroep. Bijna 17% van de personen met een inkomen in het tweede kwartiel ontvangt hulp. Bij mensen met een inkomen in het derde kwartiel gaat het om ongeveer 14%. Van de mensen in de hoogste inkomensgroep, krijgt in 2014 ruim 13% zorg en ondersteuning. Mensen in de hoogste inkomensgroep ontvangen duidelijk het vaakst zorg van een particuliere hulp (ca. 5%). De hoogte van het jaarlijks besteedbaar

7 Het besteedbaar inkomen is het inkomen dat overblijft nadat van het bruto-inkomen zijn afgehaald: 1) de betaalde inkomensoverdrachten (bv. alimentatie van de ex-echtgeno(o)t(e)); 2) premies inkomensverzekeringen (sociale verzekeringen en volksverzekeringen, maar ook particuliere verzekeringen in verband met werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, ouderdom en nabestaanden); 3) premies ziektekostenverzekeringen; 4) belastingen op inkomen en vermogen (zie www.cbs.nl).

inkomen lijkt nauwelijks invloed te hebben op het aandeel dat informele hulp ontvangt. Voor bijna alle inkomensklassen ligt dat tussen 9% en 10%; alleen voor de laagste inkomensgroep ligt het iets hoger (ruim 12%).

Het type hulp dat mensen ontvangen, is over alle inkomensklassen min of meer hetzelfde: het gaat vooral om huishoudelijke hulp.

Figuur 8
Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type hulpverlener en kwartielen van gestandaardiseerd jaarlijks besteedbaar inkomen, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014 (in procenten, n = 2177)[a,b]



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning naar de afzonderlijke hulpverleners tellen op tot meer dan het totaal, doordat mensen zorg en ondersteuning van meerdere type hulpverleners kunnen krijgen.

b 1: eerste kwartiel: : < 17.450 euro
2: tweede kwartiel: 17.450 - 22.639 euro
3: derde kwartiel: 22.640 - 30.374 euro
4: vierde kwartiel: > 30.375 euro

Bron: SCP/CBS (OZG'14)

Nederlanders ontvangen het liefst huishoudelijke hulp van de partner of andere naasten

Met de hervormingen in de organisatie van de langdurige zorg in 2015 is het accent meer en meer op ‘eigen regie’ en ‘eigen verantwoordelijkheid’ komen te liggen. Dat houdt onder meer in dat mensen, ook als zij zorg en ondersteuning nodig hebben, zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en voor hulp in de eerste plaats een beroep doen op hun sociale netwerk. Dat roept de vraag op hoe het met de beschikbaarheid van naasten is gesteld. In de enquête hebben we mensen gevraagd wie hen, als zij langer dan drie maanden hulp nodig zouden hebben vanwege gezondheidsbeperkingen, deze hulp zou kunnen geven. Als mensen al zorg en ondersteuning ontvangen is hen gevraagd aan te geven of er iemand is die

hen zou kunnen helpen als zij nog meer hulp nodig zouden hebben. Daarbij moesten de ondervraagden rekening houden met de reisafstand en andere verplichtingen van de naasten. De ondervraagden konden meerdere antwoorden geven.

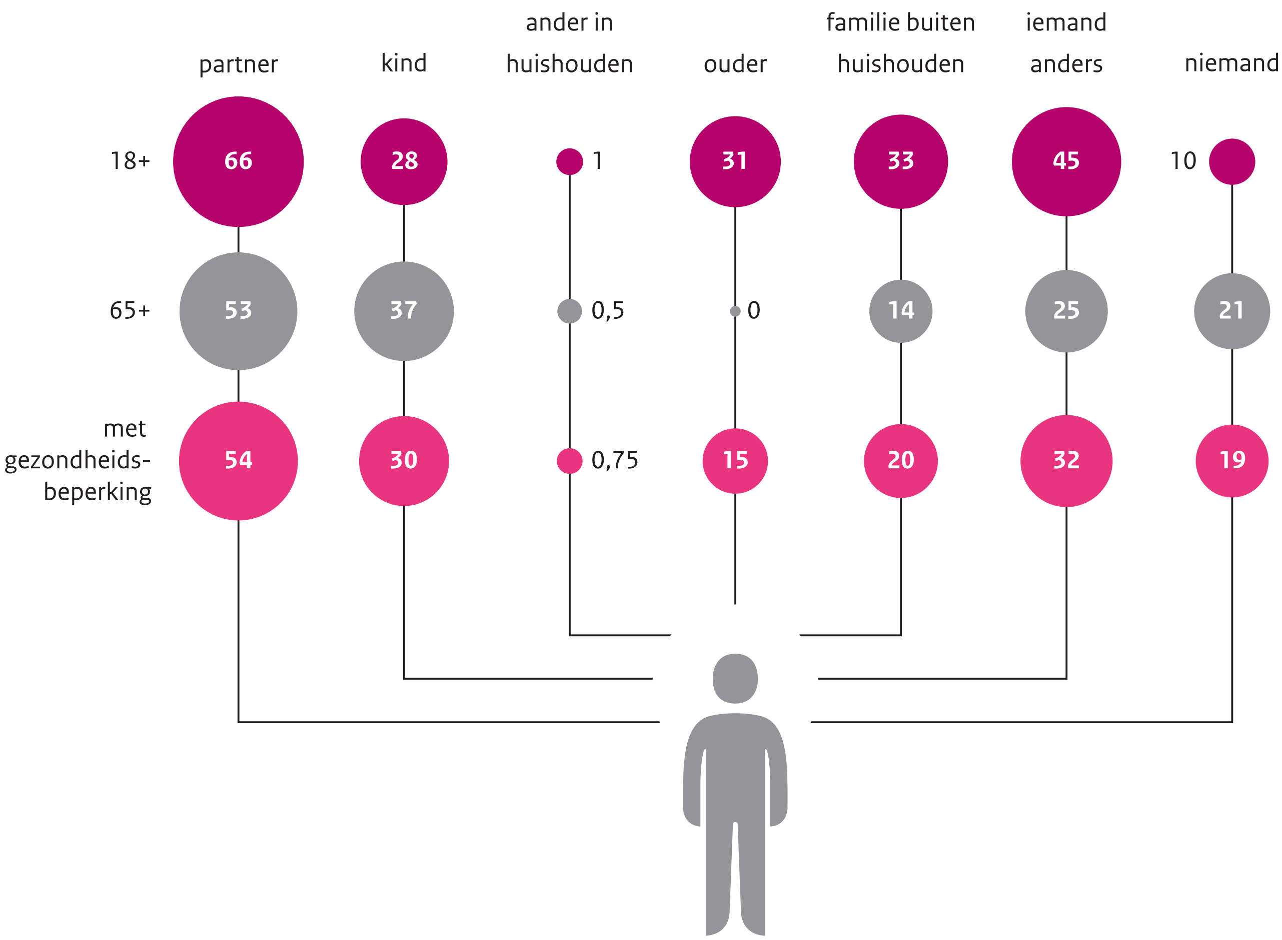
Het grootste deel van de zelfstandig wonende 18-plussers geeft aan dat de partner in staat is (extra) hulp te bieden (ca. 66%, figuur 9).[8] In mindere mate (ca. 45%) geven mensen aan dat degenen die niet tot het huishouden of de familie behoren ('iemand anders') dat zouden kunnen doen. Tot 'iemand anders' behoren onder meer vrienden en buren. Ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking meldt terug te kunnen vallen op familie buiten het huishouden, zoals broers en zussen of ooms, tantes, neven en nichten. Ongeveer 31% van de zelfstandig wonende 18-plussers gaat ervan uit dat zij voor (extra) hulp bij hun ouder(s) aan kunnen kloppen. Ongeveer 28% van de Nederlanders noemen in- of uitwonende kinderen als toekomstige mantelzorgers. Ruim 9% van de Nederlanders geeft aan op niemand te kunnen terugvallen als zij hulp nodig hebben. Nadere analyse van deze groep (niet in de figuur) leert dat van hen ruim 53% een lichamelijke beperking heeft, circa twee derde ouder dan 55 jaar is, ongeveer 60% alleenstaand is en bijna 37% een inkomen in het eerste kwartiel heeft. Kortom, een groot deel van degenen die aangeeft op niemand terug te kunnen vallen, behoort tot een of meer risicogroepen van hulpontvangers.

Als we naar specifieke groepen Nederlanders kijken voor wie de kans op behoefte aan zorg en ondersteuning groter is, namelijk bij hoge leeftijd en als er sprake is van een gezondheidsbeperking, zien we dat er in de beschikbaarheid van het netwerk wijzigingen optreden. In vergelijking met de 18-plussers neemt bij 65-plussers de partner weliswaar nog altijd een belangrijke plaats in (bij ruim 53%), maar krijgen de kinderen een belangrijkere rol (bij ruim 37%; zie figuur 9). Ook geven zij aan op 'iemand anders' terug te kunnen vallen (ca. 25%), maar dat aandeel is minder groot dan onder de 18-plussers (ca. 45%). Ongeveer 21% van de 65-plussers meldt op niemand terug te kunnen vallen mocht (extra) zorg en ondersteuning nodig zijn; onder 18-plussers is dat ruim 9%. Het beeld van de beschikbaarheid van een sociale netwerk verandert wederom als we alleen naar de oudste leeftijdscategorie kijken: 75-plussers (niet in de figuur). Bij hen nemen de kinderen de belangrijkste plaats in. Een kleiner deel verwacht terug te kunnen vallen op anderen, zoals de partner, iemand buiten het huishouden, of 'iemand anders'. Daarentegen neemt het aandeel 75-plussers dat aangeeft op niemand een beroep te kunnen doen toe. Dit beeld wordt in ander onderzoek bevestigd; naarmate de leeftijd toeneemt, wordt het sociale netwerk kwetsbaarder en minder rijk aan contacten (Woittiez et. al 2015). De mensen die al een gezondheidsbeperking hebben, kunnen minder dan de totale groep zelfstandig

8 Voor de duidelijkheid: tot de ongeveer 34% van de zelfstandig wonende 18-plussers die aangeeft niet op de partner te rekenen mocht langdurig zorg en ondersteuning nodig zijn, behoren niet alleen degenen met een partner die om wat voor reden dan ook geen zorg en ondersteuning kan verlenen, maar ook degenen die geen partner hebben.

wonende 18-plussers een beroep doen op de partner, ouder, familie buiten het huishouden of 'iemand anders'. Zij melden vaker dat hun kinderen hulp zouden kunnen verlenen (bijna 30%) en geven vaker aan niemand te kennen die hulp zou kunnen geven (ca. 19%).

Figuur 9
Wie zou langdurig hulp kunnen verlenen mocht dat nodig zijn? Inschatting van de respondenten, 2014 (in procenten, 18-plussers: n = 2182; 65-plussers: n = 623; met gezondheidsbeperking: n = 1029)[a]

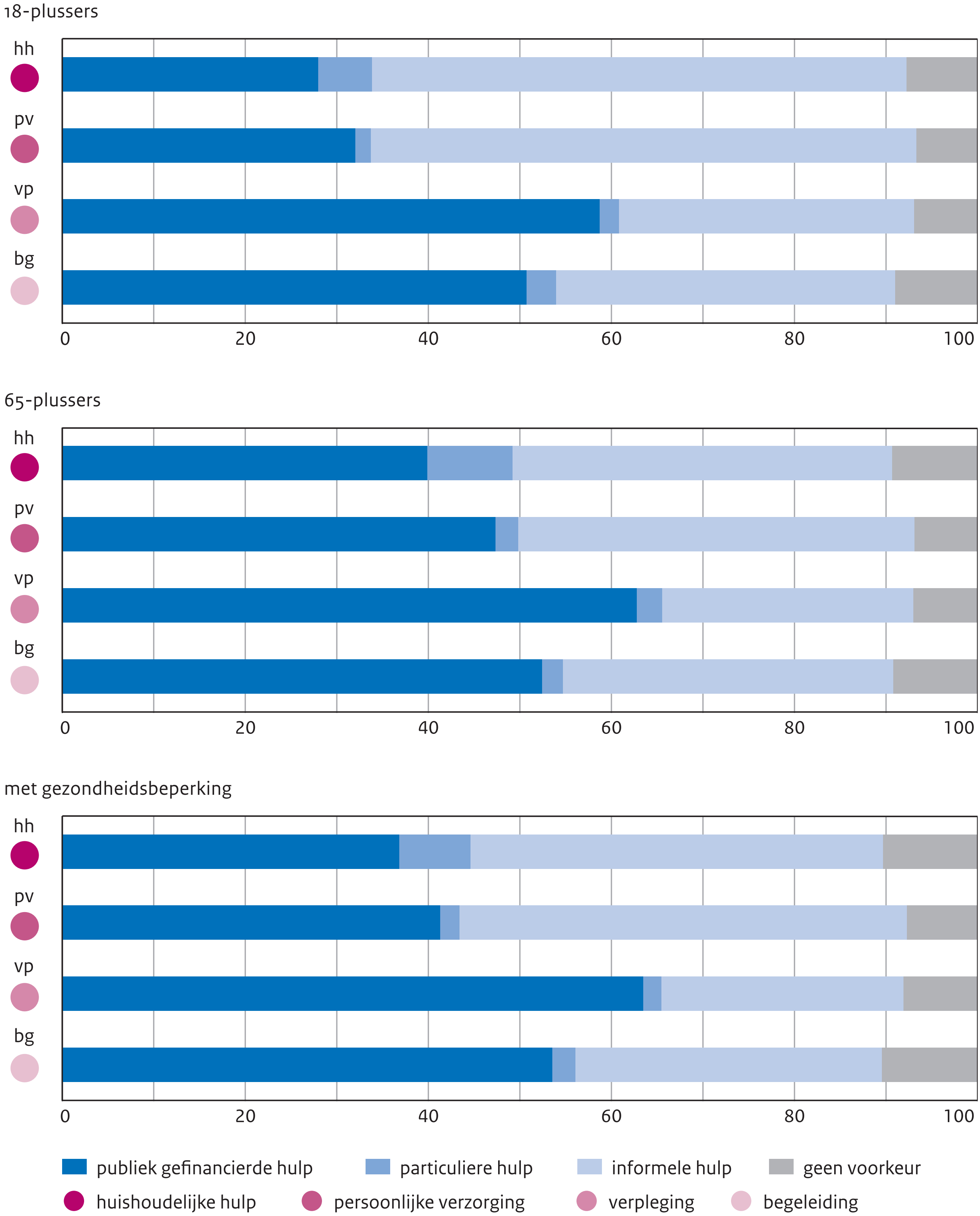


a In de enquête is de volgende vraag voorgelegd: Stel, u heeft langer dan drie maanden hulp nodig vanwege gezondheidsproblemen of -beperkingen. Welke van de volgende personen zouden in staat zijn u deze hulp te geven? Als mensen al zorg en ondersteuning ontvangen, is gevraagd aan te geven wie hen zou kunnen helpen als zij nog meer hulp nodig zouden hebben. De respondenten konden bij het antwoorden van de vraag meerdere antwoordcategorieën kiezen.

Bron: SCP/CBS (OZG'14)

Figuur 10

Voorkeur voor type hulpverlener mocht (extra) zorg en ondersteuning nodig zijn, naar type hulp, zelfstandig wonende personen 18 jaar en ouder, 2014 (in procenten, 18-plussers: n = 2174; 65-plussers: n = 614; met gezondheidsbeperking: n = 1020)



Bron: SCP/CBS (OZG'14)

Hoewel veel 18-plussers aangeven vanuit hun sociale netwerk over hulp te kunnen beschikken, zouden zij lang niet alle soorten hulp van het netwerk willen krijgen. Zij wensen vooral huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging van naasten te ontvangen (figuur 10). Als het gaat om verpleging vallen zij liever terug op professionals die uit de publieke middelen worden gefinancierd. Voor begeleiding geldt ook dat hulp bekostigd uit overheidsmiddelen de voorkeur geniet, maar veel (potentiële) hulpontvangers geven aan dat zij voor begeleiding hulp van het sociale netwerk ook op prijs stellen.

Voor degenen die een grotere kans op behoefte aan zorg en ondersteuning hebben, de ouderen en degenen met een gezondheidsbeperking, is het beeld iets anders dan bij de 18-plussers (zie figuur 10). Ouderen hebben waar het gaat om huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging bijna even vaak een voorkeur voor publiek gefinancierde hulp als voor informele hulp. Mensen met een gezondheidsbeperking hebben voor het ontvangen van huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging een minder uitgesproken voorkeur voor informele hulp dan 18-plussers. Een meerderheid van degenen met een gezondheidsbeperking geeft aan deze zorg en ondersteuning van naasten te willen ontvangen.

Tot slot

In Nederland ontving bijna 17% van de zelfstandig wonende 18-plussers in 2014 zorg en ondersteuning. Vaak ging dat om onbetaalde hulp afkomstig uit het sociale netwerk; ruim 10% van de bevolking kreeg deze ondersteuning. Een minder grote groep ontving publiek en particulier gefinancierde hulp: respectievelijk ruim 6% en ongeveer 3% van de Nederlanders. Vaak boden de betaalde en/of onbetaalde hulpverleners huishoudelijke hulp: ongeveer 14% van de volwassen en zelfstandig wonende Nederlandse bevolking kreeg deze ondersteuning in 2014, 4% kreeg persoonlijke verzorging, ruim 3% ontving begeleiding en ongeveer 2% kreeg verpleging. Een nadere analyse waarin we bekeken welke Nederlanders zorg en ondersteuning hebben gekregen, leert dat de publiek gefinancierde hulp vooral terechtkomt bij mensen met ernstige lichamelijke beperkingen, ouderen, alleenwonenden of mensen met een laag inkomen. Vaak boden de informele hulpverleners vooral 'lichte' hulp, de hulp bij het huishouden. De 'zwaardere' hulp, zoals verpleging, werd met name door publiek gefinancierde professionals gegeven. Ook voor begeleiding geldt dat vooral professionals deze hulp boden.

Men heeft voor het ontvangen van verpleging en begeleiding een duidelijke voorkeur voor professionals. Bij huishoudelijke taken krijgen Nederlanders het liefst hulp van de partner, familie, buren of vrienden. Ook persoonlijke verzorging ontvangt men het liefst van het sociale netwerk; hoewel dat niet geldt voor degenen die een grotere kans hebben om in de nabije toekomst zorg en ondersteuning te ontvangen: de ouderen. Nederlanders lijken over het algemeen hun voorkeur voor een type hulpverlener te kunnen realiseren.
Het merendeel van de zelfstandig wonende 18-plussers zegt over een sociaal netwerk te beschikken dat langdurig hulp kan bieden. Vaak gaat het om de partner, maar vrienden,

buren of familie buiten het huishouden kunnen ook (extra) hulp bieden. Toch is er een aanzienlijke groep Nederlanders die niet op een dergelijk netwerk kan terugvallen. Bijna een op de tien Nederlanders geeft aan niemand in hun sociale omgeving te hebben die informele hulp zou kunnen bieden. Bij 65-plussers en degenen met een gezondheidsbeperking is dat ongeveer een op vijf. Deze groep is dus aangewezen op professionele zorg en ondersteuning als zij hulp nodig hebben.

Literatuur

Andersen, R. en J. Newman (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. In: *Milbank Fund Quarterly*, jg. 51, nr. 1, p. 95-124.

Babitsch, B., D. Gohl en T. von Lengerke (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. In: GMS *Psychosoc Med.*, jg. 9, Doc11. DOI: 10.3205/psm000089.

Doekhie, K.D., A.J.E. de Veer, J.J.D.J.M. Rademakers, F.G. Schellevis en A.L. Francke (2014). *Overzichtsstudies. Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: Nivel.

Eggink, E., D. Oudijk en K. Sadiraj (2012). *VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns en S. Kooiker (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Plaisier, I. en M. de Klerk *(2015). Zicht op zorggebruik* (2015). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verbeek-Oudijk, D., I. Woittiez, E. Eggink en L. Putman (2014). *Who Cares In Europe. A comparison of long-term care for the over 50s in sixteen European Countries*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verbrugge, L.M. en A.M. Jette (1994). The Disablement Process. In: *Social Science & medicine*, jg. 38, nr. 1, p. 1-14.

Woittiez, I., E. Eggink, D. Verbeek-Oudijk en A. de Boer (2015). *Zorg vragen of zorg dragen? Een verkenning van de invloed van netwerken en inkomen op het gebruik van langdurige zorg door Nederlandse 55-plussers.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Woodford, H.J. en J. George (2007). Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. In: QJM, *An International Journal of Medicine* , jg. 100, nr. 8, p. 469-484.